

Código Beneficiário: 002025533119002817.05
Beneficiário: Kauan Padilha Bandeira
Titular: _____
Dentista: Silvia M^o Ribeiro Pinco CRO/UF: 20072/SC

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()					
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região	Anterior (X)	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo (X)	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)			
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)			
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula	Protruída (X)	Retruida ()	Bem Posicionada ()	
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):					
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()				
	Esquerda ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)						
	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()	

Queixa Principal do Paciente: "Quero arrumar dente da frente"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortodôntica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortodôntica Funcional () Fixa (X) Ortodôntica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Aparelho fixo sup. e inferior de mola a mola
Sequência de fios: 0,012 / 0,014 / 0,016 x 22 / 0,20 Aço
0,17 / 0,17 x 25 / 0,18 / 0,19 x 25.

Exodontias: 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):
Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim () Há quanto tempo?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontologia a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário. 19.09.25 [Assinatura Beneficiário]
Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e responsabilizo integralmente por elas. 06.11.25 [Assinatura Profissional e Carimbo]
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário Data Assinatura Profissional e Carimbo

Código Beneficiário: 00202553311900281702
Beneficiário: Debora Gustavo Padilha Bandeira
Titular: _____
Dentista: Silvia M. Ribeiro Pinco CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	Subdivisão Direita ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()			
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()
			Esquerda ()		Esquerda (X)
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()
			Leve ()		Moderado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()	
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída ()	Retruída (X)
					Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()		
	Esquerda ()		Esquerda ()		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()
				Implantes (X)	Pré Protéticas ()

Queixa Principal da Paciente: Corrigir mordida

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Aparelho fixo sup. e inferior de mola a mola</u> <u>Sequência de fios: 0,012 / 0,014 / 0,016 x 22 / 0,20 Aço</u> <u>0,11 / 0,17 x 25 / 0,18 / 0,19 x 25</u>			
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11	
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	48 47 46 45 44 43 42 41	

Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):	
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()
		Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>	
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (X)	Sim ()
		Há quanto tempo?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

19.09.25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas no documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

Dra. Silvia M. Ribeiro Pinco
Cirurgia Dentária
CRO SP 20072
Assinatura Profissional e Carimbo